

## 14 artículo

Pablo Vela Condón [Buscar autor en Medline]



### Conclusiones

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

### Texto completo

#### Introducción

El medio rural engloba, quizá artificialmente, un grupo heterogéneo de entidades definidas por múltiples factores como número de habitantes, facilidad para las comunicaciones y cercanía a capital. Sea cual sea el núcleo rural al que nos refiramos, se siguen manteniendo singularidades que se deben tener en cuenta en el proceso de comunicación asistencial, a saber:

- Los límites de la consulta se amplían a otros lugares como la tienda o el bar, lo que condiciona el contenido y la recepción del mensaje.
- El receptor (los paciente o usuarios) ha cambiado. La concepción de salud y enfermedad ya no es tan distinta a como lo era hace tres décadas. A ello han contribuido decisivamente los medios de comunicación en especial la televisión.
- La reforma de la Atención Primaria, la agrupación de los profesionales en centros de salud y el proceso de culturización de la población rural ha contribuido a que el emisor, enfermeros y médicos, hayan modificado su papel de un estilo paternalista, a otro asesor y de cooperación.
- Se mantiene y aun se amplía, con respecto al medio urbano, la importancia del profesional que muestra las características del buen comunicador: empatía, cordialidad, baja reactividad y respeto.

Especial relevancia adquieren la comunicación no verbal y el paralenguaje. La apariencia y los modales deben corresponder a lo que la población espera del profesional que ejerce en el medio rural. Su forma de expresarse y de contactar es conocida por la población del mismo modo que el profesional que lleva tiempo suficiente en su puesto conoce a los componentes de su cupo. Así, la comunidad rural funciona como un gran altavoz de errores y aciertos del médico.

Adquiere singular importancia la relación de dialogo y cooperación con la enfermera en un entorno de población envejecida, con dificultad para acudir a la consulta, donde los cuidados de enfermería son tan importantes como los diagnósticos médicos. La mayor accesibilidad y la continuidad de la atención permiten una relación de mayor confianza. Si el médico además es vecino, conoce aspectos de la comunidad que pueden influir en las manifestaciones de los motivos de consulta, lo cual puede llevar a necesitar menor número de pruebas, estudios y derivaciones.

Es importante reconocer que la actividad clínica del médico rural se desarrolla en solitario y que la dispersión de la población a la que asiste, le obliga a estar pendiente de las cuestiones logísticas como los equipamientos de las consultas, la limpieza en casos puntuales, los archivos de historias clínicas, la caducidad de los medicamentos, incluso la puesta en funcionamiento de la calefacción de los consultorios.

La importancia cada vez menor del modelo biopsicosocial de la asistencia, a favor de la fascinación tecnológica auspiciada por la dinámica social actual, todavía tiene relevancia en el medio rural, donde los valores de las personas se mantienen, sin menoscabo de la capacidad resolutoria que aportan los medios instrumentales.

El fenómeno migratorio ha supuesto un revulsivo en todos los aspectos de la sociedad española. Hemos pasado de exportar ciudadanos a recibirlos en un periodo de tiempo extremadamente corto. Hay que distinguir la emigración procedente del norte de Europa, asentada en diferentes lugares de la costa mediterránea y las islas, cuyas características sociodemográficas difiere mucho de la emigración económica proveniente de África,

**bibliografía**

**enlaces**

No hay enlaces de interés



Sudamérica, Europa del Este. Mientras que los primeros son de edades avanzadas y poder adquisitivo elevado, en busca de buenas condiciones de vida y de las ventajas que proporciona un sistema de salud universal y gratuito, los segundos son jóvenes, varones en su mayoría, en edad de procrear. Ellos son los responsables del cambio de tendencia en el proceso de envejecimiento general de la población, y más concretamente, del envejecimiento irreversible de la población rural autóctona, a lo que ha contribuido el subsiguiente proceso de reagrupación familiar. Las demandas que solicitan son referidas a pediatría y asistencia gineco-obstétrica, trastornos psicosociales derivados de la falta de arraigo social y familiar o del diferente concepto cultural de salud y enfermedad.

Se añaden las dificultades idiomáticas, el desconocimiento del sistema de salud, la situación legal irregular, la infravivienda... Todo ello provoca que el primer contacto con el sistema sanitario sea a través de los servicios de urgencias y se corra el riesgo de ofrecer una asistencia no equitativa y de poca calidad.

Los retos a los que se enfrenta el sistema para prestar asistencia adecuada a este colectivo, se centran en mejorar la relación asistencial, ya de por sí dificultosa, en la que aumenten los tiempos de consulta y se cuente con los denominados mediadores culturales, concretando cuál ha de ser su perfil y en qué condiciones deben realizar su labor.

La posibilidad de que los residentes de medicina familiar y comunitaria puedan realizar una rotación por el medio rural supone una oportunidad para conocer y adquirir las habilidades necesarias para ejercer en un medio que posee características diferenciales con el urbano: se atiende al individuo, pero también a todos los miembros de su familia. Se realizan actividades comunitarias con mayor frecuencia y facilidad que en las ciudades. Se realizan actividades que en el medio urbano se han dejado perder: la atención al niño, al embarazo, al enfermo que precisa cuidados paliativos. Se realiza atención continuada donde la incertidumbre diagnóstica es mayor y la exploración clínica adquiere, si cabe, mayor importancia dada la limitación de medios complementarios y la distancia al hospital de referencia.

Para la estructura docente supone un reto importante en un entorno organizativo en el que no se reconoce la financiación de los desplazamientos. La rotación rural supone para el residente alejarse a mucha distancia del centro de salud que tiene asignado. Por otra parte, algunas unidades docentes carecen de centros rurales a los que enviar sus residentes y, en los que los hay, no reúnen las características estructurales mínimas que permitan impartir docencia, tal y como se conforma la realidad asistencial del medio rural. Por ello sería deseable la acreditación de ciertos tutores que cumplan un perfil docente y profesional determinado, aunque sus respectivos centros de referencia no posean los requisitos estructurales precisos para ser acreditados.

Es de suponer que los residentes por su parte, perciban la idoneidad de esta rotación dentro del programa, como ámbito en el que adquirir los conocimientos del que probablemente sea su futuro laboral.

Aunque la investigación en la Atención Primaria de Salud sigue siendo una asignatura pendiente, la situación ha mejorado desde la creación de la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (REDIAPP). Pero, como dice Turón, una cosa es investigar en el medio rural y otra es investigar sobre el medio rural.

Las barreras con las que se enfrenta la actividad investigadora en el medio rural, y en la atención primaria en general, tiene que ver con la crónica falta de medios puestos a su disposición: falta de asesoría metodológica, ausencia de formación en metodología de la investigación, financiación siempre difícil de los proyectos, escasa motivación de los profesionales, dificultad para el trabajo en equipo en un entorno laboral muy disperso, informatización de los centros aun escasamente desarrollada y falta de tiempo en los entornos semi-rurales cuya sobrecarga asistencial difiere poco de los urbanos.

Para que la actividad investigadora en el medio rural se desarrolle, sería necesario crear equipos multidisciplinares al estilo de la red de investigación rural (REDIMER) auspiciada por el grupo de Medicina Rural de SEMFYC, que planificaran un número de objetivos no muy extenso. Sería necesario contar con un grupo de personas conocedoras de la metodología, que asumiera el liderazgo de las líneas escogidas y dinamizaran la colaboración con la universidad con grupos de investigación consolidados. Crearan puentes con los gestores para valorar la utilidad de los objetos de la investigación y la financiación de los proyectos y, en fin, se mantuvieran unas estructuras de soporte que ayudasen a cambiar la dinámica actual.

En cuanto a los aspectos diferenciales de la gestión de la Atención Primaria en el entorno rural, se relacionan con la diferente estructura social y económica presente entre la España interior, envejecida y desértica, con la España periférica mucho más joven y activa económicamente. Excepción a esta regla es la Comunidad de Madrid y los entornos geográficos cercanos a las grandes vías de comunicación, mucho más dinámicos.

Para mantener la equidad en las prestaciones en entornos aislados, se requiere aumentar el gasto corriente por persona atendida. A cambio, la población tiene una mayor accesibilidad al sistema lo que se traduce en mayor frecuentación. Los profesionales,

gozan de mayor poder resolutivo. Los equipos de atención primaria se encuentran más implicados con los poderes locales y con los recursos socio-sanitarios de la zona. La participación comunitaria adquiere mayor relevancia.

Sin embargo, pocos profesionales viven en sus zonas de salud, por lo que se ven obligados a realizar largos desplazamientos a los que se unen aquellos derivados de la atención a varios núcleos. No se trata de explicitar las ventajas del ejercicio profesional en el medio rural sino más bien de hacerlo atractivo para que los miembros de los equipos de atención primaria y los profesionales de los hospitales comarcales, no solo trabajen sino que vivan en el entorno donde desarrollan su labor.

Entra aquí la atención continuada como actividad propia del ámbito rural y de la figura del "refuerzo" como profesional implicado en la asistencia de nuestros centros de salud. Su relación profesional con el resto de la plantilla del centro posee características propias. Sería deseable su integración, a todos los efectos, en el equipo de salud.

Queda el reto del acceso a las actividades de formación en condiciones de igualdad con los profesionales urbanos. Es ahí donde la incorporación de nuevas tecnologías, formación on-line, y la telemedicina tienen su oportunidad para desarrollar el potencial que ofrecen.

### **A modo de colofón.**

La medina rural no es ajena a la falta de atractivo para vivir y trabajar en entornos aislados y económicamente deprimidos que han sido desde hace cuatro décadas esquilmados por una emigración brutal. Los esfuerzos por mantener la población restante y hacer regresar a la que emigró, han sido relativamente recientes y desigualmente repartidos por comunidades autónomas.

Las ventajas indudables que ofrece el ejercicio de la Medicina en el medio rural deberán ir acompañadas de incentivos que permitan vivir y desarrollar las vidas familiares y profesionales de sus trabajadores en condiciones de igualdad respecto a los urbanos.

